



Preencha este requerimento no caso de não ter sido reconhecida doença profissional ao beneficiário.

Dados do beneficiário falecido

Nome completo

N.º de Identificação de Segurança Social

Data de nascimento

ano

mês

dia

Data de falecimento

ano

mês

dia

Dados da entidade empregadora

(Elementos relativos ao beneficiário falecido)

Nome da entidade empregadora

N.º de Identificação de Segurança Social

País

Morada

Localidade

Código Postal

Profissão

Período de trabalho

de - - a - -

ano

mês

dia

ano

mês

dia

Tarefas desempenhadas

Posto de trabalho

Riscos a que esteve sujeito e/ou produtos com os quais trabalhou

A doença profissional foi contraída/agravada nesta entidade empregadora?

☐

Sim

☐

Não

Se respondeu **sim**, passe para o [quadro 5](#) e seguintes.

Exerceu outras profissões/atividades?

☐

Sim

☐

Não

Se respondeu **sim**, preencha também a Declaração da Atividade Profissional Exercida - GDP 15.

3

Dados da entidade empregadora onde foi contraída a doença profissional

(Elementos relativos ao beneficiário falecido)

Nome da entidade empregadora

N.º de Identificação de Segurança Social

País

Morada

Localidade

Código Postal

Profissão

Período de trabalho

de - - a - -

ano mês dia ano mês dia

Tarefas desempenhadas

Posto de trabalho

Riscos a que esteve sujeito e/ou produtos com os quais trabalhou

A doença profissional foi contraída/agravada nesta entidade empregadora?

☐

Sim

☐

Não

Se respondeu **sim**, passe para o [quadro 5](#) e seguintes.

4

Dados da entidade empregadora onde foi agravada a doença profissional

(Elementos relativos ao beneficiário falecido)

Nome da entidade empregadora

N.º de Identificação de Segurança Social

País

Morada

Localidade

Código Postal

Profissão

Período de trabalho

de - - a - -

ano mês dia ano mês dia

Tarefas desempenhadas

Posto de trabalho

Riscos a que esteve sujeito e/ou produtos com os quais trabalhou

5

Outros elementos relativos ao beneficiário falecido

É titular de pensões atribuídas por outro sistema de proteção social? ☐ Sim ☐ Não

Se respondeu **sim**, preencha o quadro seguinte:

Natureza da pensão	Data de atribuição	Entidade que atribui a pensão ou onde a pediu
Acidente de trabalho com desvalorização de _____ %	- -	
Segurança Social estrangeira	- -	
Função pública	- -	
Outra	- -	

Encontra-se em curso alguma ação judicial por acidente de trabalho ou doença profissional? ☐ Sim ☐ Não

Se respondeu **sim**, preencha o quadro seguinte:

Comarca	Tribunal/Ministério Público	Juízo/Secção	N.º de Processo

6

Declarações

Tenho conhecimento que as falsas declarações são punidas nos termos da lei.

Declaro que a informação que prestei é completa e verdadeira.

Data

-

-

ano mês dia

Assinatura

Assinatura do requerente ou de outra pessoa a seu rogo (assinatura de outra pessoa quando o requerente não pode ou não sabe assinar) conforme documento de identificação válido.

Proteção de dados



Os dados pessoais recolhidos serão objeto de tratamento pelos serviços da Segurança Social (Instituto da Segurança Social, I.P., Instituto da Segurança Social dos Açores, I.P.R.A. e Instituto de Segurança Social da Madeira, I.P.-RAM) e serão conservados pelo prazo necessário para cumprir a finalidade a que se destinam.
Os serviços da Segurança Social comprometem-se a proteger os seus dados pessoais e a cumprir as suas obrigações no âmbito da proteção de dados.
Para mais informações sobre a proteção de dados consulte a Segurança Social Direta em www.seg-social.pt.

A preencher pela Segurança Social

Confirmo que a assinatura do/a ☐ **Requerente** ☐ **Pessoa que assinou a rogo** está em conformidade com o seguinte documento de identificação:

☐ Cartão de Cidadão ☐ Bilhete de Identidade ☐ Passaporte ☐ Outro

Número

Validade

-

-

ano mês dia

Assinatura e carimbo